

Por favor, escriba en letra de molde legible

DEPARTAMENTO DE SALUD DE RHODE ISLAND
FORMULARIO Y CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR LA VACUNA
CONTRA EL H1N1

INTRANASAL
 INYECTABLE

18 años **19-24 años** **25-49 años** **50-64 años** **65+ años**

Por favor indique uno de los siguientes:

Trabajador de la cuidados de salud en un hospital. Trabajador de cuidados de la salud, pero no en un hospital. Trabajador que responden a primeros auxilios Público en general

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial) _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Calle _____ Zona postal _____ Sexo: __ Masculino __ Femenino

Teléfono: _____ Contacto en caso de emergencia/Nombre del guardián: _____

Telefónico de contacto en caso de emergencia/del guardián: _____ Parentesco con el paciente: _____

Nombre del médico de cabecera: _____ Nombre del consultorio: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

II. INFORMACIÓN DEL SEGURO (Puede que a su compañía de seguro no se le cobre una cuota por administrar la vacuna).

LA VACUNA ES GRATUITA

III. AUTO-EVALUACIÓN MÉDICA / ANTECEDENTES

Por favor, complete la auto-evaluación que está al reverso del formulario.

Tanto usted como un participante del equipo médico revisarán este documento antes de recibir la vacuna.

IV. CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR LA VACUNA H1N1

He leído o me han explicado la información que se presenta en la Declaración de Información sobre la vacunación (VIS, por sus siglas en inglés para la influenza H1N1 y de la vacuna de la influenza H1N1). He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me las han contestado a mi satisfacción. Entiendo cuáles son los beneficios y riesgos de la vacuna de la influenza H1N1 y solicito que me pongan la vacuna o que se la pongan a la persona que se menciona anteriormente, a nombre de quien estoy autorizado(a) a firmar.

Certifico que he recibido y/o revisado la Declaración de información de la vacuna (VIS).

FIRMA: X

FECHA:

V. SELECCIÓN DE LA VACUNA (Para que lo complete solamente el personal clínico).

Hospital: _____ MR #: _____
Fabricante: _____ Cuenta #: _____
Número de lote: _____ Fecha de expiración: ____/____/____
Fecha de la VIS:
 10/02/09 H1N1 LAIV
 10/2/09 H1N1 Inactivada

Nombre de la persona que administró la vacuna. _____

Firma de la persona que administró la vacuna. _____

_____/_____/_____
Fecha (Mes/Día/Año)

Parte del cuerpo en donde se puso la vacuna:

Nasal I D
Deltoides I D
Muslo I D

¿SE COBRÓ POR LA ADMINISTRACIÓN?

SÍ NO

Auto-evaluación /antecedentes para recibir la vacuna contra el H1N1

Por favor, complete las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar si usted debería de recibir la vacuna contra el H1N1 de forma nasal o inyectable. Si contesta afirmativamente alguna de las preguntas, eso no significa que no lo vacunarán, solamente significa que se deben hacer mas preguntas. Si la clínica le dio este formulario por anticipado y alguna pregunta no le quedó clara, por favor pídale a su proveedor de cuidados de la salud que se la explique. Si recibió el formulario el mismo día de la clínica, por favor pida hablar con algún colaborador del personal médico para que se la aclaren.

Sí No No sabe

1. ¿Está enferma hoy la persona a la que van a vacunar (temperatura mayor de 100.4°F)?			
2. La persona que va a ser vacunada, ¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica grave a algún componente de la vacuna contra la influenza (huevos, tiomersal, formaldehido, gelatina, neomicina)?			
3. La persona que va a ser vacunada, ¿Ha tenido anteriormente alguna reacción grave a la vacuna de la influenza?			
4. La persona que va a ser vacunada, ¿Alguna vez ha padecido del síndrome Guillain-Barré?			
5. La persona que va a ser vacunada, ¿ha tenido algún problema crónico como enfermedades del corazón, pulmones, asma, riñones, enfermedades neurológicas o neuromusculares, enfermedades del hígado, del metabolismo (ejemplo: diabetes), anemia o algún otro problema sanguíneo?			
6. La persona que va a ser vacunada, ¿tiene un sistema inmunológico débil debido al VIH/SIDA o por algún otro trastorno que afecte al sistema inmunológico, ha tenido un tratamiento a largo plazo con medicamentos tales como: altas dosis de esteroides o tratamiento con radiación o drogas?			
7. La persona que va a ser vacunada, ¿Está recibiendo terapia con aspirina o en terapia que contenga aspirina?			
8. La persona que va a ser vacunada, ¿Es mayor de 49 años?			
9. La persona que va a ser vacunada, ¿Vive o estará en contacto próximo, con una persona cuyo sistema inmunológico está gravemente afectado y quien debe estar en aislamiento preventivo (tal como en un cuarto de hospital con flujo de aire reverso)?			
10. La persona que va a ser vacunada, ¿Ha recibido alguna otra vacuna en las últimas 4 semanas?			

Formulario completado por:

Fecha:

Formulario revisado por:

Fecha:

